

The Comparison of the Effectiveness of Quality of Life Therapy Techniques Training and Dialectical Behavioral Therapy on Distress Tolerance among Female Students with Smartphones Addiction

Saeed Najarpour Ostadi*
Bahman Akbari**
Javad Khalatbari***
Jalil Babapour Kheiraldin****

Introduction

Smartphones have become a new type of addiction due to the advent of new technologies including the media, smart phones, and the information technology industry (Kwon, Kim, Cho & Yang, 2013). Smartphone use is becoming more prominent than other behaviors in a person's life, and people cannot control the use of these devices, that is, they still use smartphones despite negative physical, psychological, and social experiences (Chun, 2018). The main cause of adolescents' and youths' addiction to smartphones seems to be the family stress and that of school (Choi, Kim, Yang, Lee, Joo & Jung, 2014). Research results show that adolescent girls are more vulnerable to smartphone addiction, and smartphone use and addiction factors differ from those affecting adolescent boys (Chun, 2018).

Method

This study was a quasi-experimental, with pre-test and post-test with control group. The statistical population of the study consisted of all female psychology students of Tabriz Islamic Azad University. Among the students with Smartphone addiction scale (SAS) scores of two standard deviations

* Ph.D. Candidate of General Psychology, Islamic Azad University, Rasht Branch, Rasht, Iran.

** Associate Professor of Psychology Department, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Rasht Branch, Rasht, Iran. *Corresponding Author:* bakbari44@yahoo.com

*** Associate Professor of Psychology Department, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Tonekabon, Iran.

**** Professor, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.

above and one standard deviation below the mean of distress tolerance scale (DTS), 45 The students were selected by available method and divided into two experimental and one control groups. The number of people in group was 15. Subjects in the first and second groups received 8 hours of two-hour training on dialectical therapy, based on quality of life and behavioral therapy, but the control group received no training. In the last session, the questionnaires were again administered to all three groups. After three months of post-test, distress tolerance questionnaire was again administered to all subjects to determine the effects of techniques training over time.

Results

The results of univariate analysis of covariance showed that training of dialectical behavior therapy techniques was effective on increasing distress tolerance, compared to quality of life therapy ($p < 0.05$). The results of one-way analysis of covariance also showed that the effectiveness of dialectical behavior therapy training in 3-month follow-up was maintained ($p < 0.01$).

Discussion

The results showed that teaching dialectical behavior therapy techniques was effective in increasing the distress tolerance of students with smartphones, in comparison to teaching quality of life based therapy techniques.

Keywords: Quality of Life therapy, Dialectical behavioral therapy, Distress tolerance, Smartphone addiction.

Author Contributions: Saeed Najarpour Ostadi, general framework planning, content editing and analyzing, submission and correction. Dr. Bahman Akbari, collaboration in general framework planning, selection of approaches; final review and corresponding author. Dr. Javad Khalatbari & Dr. Jalil Babapour Kheiraldin, comparison of approaches, conclusions. All authors discussed the results, reviewed and approved the final version of the manuscript.

Acknowledgments: The authors thank all dear colleagues and professors who have helped us in this research.

Conflicts of Interest: The authors declare there is no conflict of interest in this article. This article extracted from the Ph.D thesis, with the guidance of Dr. Akbari and with the consultation of Dr. Javad Khalatbari & Dr. Jalil Babapour Kheiraldin.

Funding: This article did not receive financial support.

مقایسه اثربخشی آموزش فنون درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و رفتار درمانی دیالکتیکی بر تحمل پریشانی دانشجویان دختر دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند

سعید نجارپور استادی*

بهمن اکبری**

جواد خلعتبری***

جلیل باباپور خیرالدین****

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش فنون درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و رفتار درمانی دیالکتیکی بر تحمل پریشانی دانشجویان دختر رشته روان‌شناسی مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز که دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند بودند، انجام شد. در این مطالعه نیمه آزمایشی، از بین دانشجویانی که نمره آنان در مقیاس اعتیاد به گوشی‌های هوشمند (SAS)، دو انحراف معیار بالاتر از میانگین و در مقیاس تحمل پریشانی (DTS)، یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین بود، ۴۵ نفر به صورت هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گمارده شدند. تعداد افراد هر سه گروه ۱۵ نفر بود. آزمودنی‌های گروه اول و دوم به مدت ۸ جلسه دو ساعته تحت آموزش فنون درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و رفتار درمانی دیالکتیکی قرار گرفتند اما گروه گواه، هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. در آخرین جلسه، مجدداً پرسشنامه‌ها در مورد هر سه گروه اجرا شد. پس از سه ماه از اجرای پس‌آزمون، مجدداً پرسشنامه تحمل پریشانی در مورد تمام

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

** دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران (نویسنده مسئول)
bakbari44@yahoo.com

*** دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

**** استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

آزمودنی‌ها اجرا شد تا اثرات آموزش فنون، در طول زمان مشخص شود. نتایج تحلیل کوواریانس تک-متغیری نشان داد که آموزش فنون رفتار درمانی دیالکتیکی در مقایسه با درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، بر افزایش تحمل پریشانی مؤثر بوده است ($p < 0/05$). همچنین نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد که اثربخشی آموزش فنون رفتار درمانی دیالکتیکی در پیگیری سه ماهه نیز حفظ شده است ($p < 0/01$). پس با آموزش فنون رفتار درمانی دیالکتیکی می‌توان تحمل پریشانی را که احتمالاً یکی از دلایل اعتیاد به گوشی‌های هوشمند است، بهبود بخشید.

کلید واژگان: درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، رفتار درمانی دیالکتیکی، تحمل پریشانی، گوشی‌های هوشمند.

مقدمه

بخش قابل توجهی از زندگی جوانان امروز را ارتباط با اینترنت و تلفن همراه تشکیل می‌دهد (Morovati & Yadgari, 2019). گرچه اهمیت استفاده از گوشی‌های هوشمند^۱ رو به افزایش است، اما توانایی کنترل نحوه استفاده از آن‌ها در حال کاهش می‌باشد؛ و این موضوع باعث بروز مشکلات زندگی روزمره می‌شود. در این مورد، اهمیت بدان معنی است که استفاده از گوشی‌های هوشمند، از رفتارهای دیگر در زندگی فرد برجسته‌تر می‌شود و مردم نمی‌توانند نحوه استفاده از این دستگاه‌ها را کنترل کنند؛ یعنی با وجود تجربه‌های منفی فیزیکی، روانی و اجتماعی، باز هم از گوشی‌های هوشمند استفاده می‌کنند (Chun, 2018). کاربران گوشی‌های هوشمند به‌طور مداوم پاداش‌هایی را به دست می‌آورند؛ از قبیل کسب اطلاعات، تعاملات اجتماعی و سرگرمی. در نتیجه، آن‌ها به احتمال خیلی زیادی از گوشی‌های هوشمندشان به صورت غیرارادی و ناخودآگاه استفاده خواهند کرد (Lin & Huang, 2017). اگرچه اعتیاد به گوشی هوشمند یا سوءاستفاده از گوشی هوشمند، هنوز به عنوان اعتیاد بالینی نامگذاری نشده است ولی جنبه منفی و اجبار به سوءاستفاده از گوشی هوشمند به عنوان یک اعتیاد رفتاری شناخته می‌شود (Lee, Ahn, Choi & Choi, 2014). Samaha and Hawi (2016) دریافتند که اعتیاد به گوشی‌های هوشمند با رضایت از زندگی ارتباط منفی دارد. Lee, Chang, Cheng, and Lin (2014) نیز گزارش دادند که اعتیاد به گوشی‌های هوشمند، ارتباط مثبتی با تکنواسترس^۲ دارد. افرادی که معتاد به گوشی هوشمند هستند، بیشتر از کسانی که به صورت بهنجار از آن

۱- smartphones یا گوشی‌های هوشمند، به گونه‌ای از تلفن همراه گفته می‌شود که توانایی‌های پیشرفته‌تر و قدرت محاسبات بیشتری نسبت به گوشی‌های ساده یا کلاسیک (Feature phones) ارائه می‌دهد.

2- technostress

استفاده می‌کنند، در معرض مسائل مربوط به سلامت، مانند دردهای جسمانی قرار دارند (خشکی چشم، سردرد و سندرم تونل کارپ^۱). در ضمن، این افراد به احتمال بیشتری در معرض مشکلات روانی مانند ترس، غمگینی، خشم، نشانه‌های روان‌پزشکی، افسردگی و اضطراب قرار می‌گیرند (Kee, Byun, Jung & Choi, 2016). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که نوجوانان دختر در اعتیاد به گوشی‌های هوشمند، آسیب‌پذیرتر هستند و استفاده از گوشی‌های هوشمند و عوامل اعتیاد آنها با عوامل موثر بر نوجوانان پسر متفاوت است (Chun, 2018).

یکی از متغیرهایی که در بحث اعتیاد می‌تواند قابل بررسی باشد، تحمل پریشانی^۲ است. اگر چه تحمل پریشانی می‌تواند تحت تأثیر فرایندهای شناختی و جسمانی باشد، ولی بیشتر در چارچوب حالات هیجانی ظاهر می‌شود و فرد برای رسیدن به آرامش، دست به هر گونه عملی می‌زند (Simons & Gaher, 2005). تحمل پریشانی یعنی توانایی شخص برای تحمل حالت‌های درونی ناراحت‌کننده (Kaiser, Milich, Lynam & Charnigo, 2012). مطالعات صورت گرفته در زمینه تحمل پریشانی به این یافته رسیده‌اند که در شرایط فشارزا، مردها در مقایسه با زنان از تحمل پریشانی به مراتب بیشتری برخوردارند (Simons & Gaher, 2005). تحمل پریشانی به طور روز افزونی در شکل‌گیری رشد بینشی تازه در مورد آغاز و ماندگاری آسیب‌های مختلف روان‌شناختی و نیز در مقوله پیشگیری و درمان آسیب‌ها، نقش ایفا می‌کند (Kaiser et al., 2012). پژوهش‌ها بیانگر این است که پریشانی روان‌شناختی احتمال دارد هم عملکرد اجتماعی و هم زندگی روزمره افراد را تحت تأثیر منفی خودش قرار دهد (Hasani & Shahmoradi, 2016). افراد با سطوح کمتر تحمل پریشانی ممکن است در معرض پاسخ ناسازگارانه به پریشانی و شرایط برانگیزاننده پریشانی باشند. در نتیجه، این افراد ممکن است برای اجتناب از احساس‌های منفی / یا حالت‌های آزارنده، بکوشند. در مقابل، افراد با سطوح بالاتر تحمل پریشانی، ممکن است بیشتر قادر باشند که به پریشانی و شرایط برانگیزاننده پریشانی پاسخ انطباقی دهند (Zvolensky et al., 2010).

۱- عصب مدیان (عصب میانی Median Nerve) در ناحیه مچ دست از زیر بافت همبندی مچ دست (لیگامان عرضی مچ یا فلکسور رتیناکولوم) و از روی استخوان‌های مچ عبور می‌کند، اگر به هر دلیلی این فضا تنگ شده باشد به این عصب فشار وارد شده و اختلالات حسی و حرکتی در انگشتان دست بروز می‌کند که به این بیماری سندرم کارپال تونل گفته می‌شود.

2- distress tolerance

افرادی که با هیجانات آشفته‌ساز مشکل دارند، اغلب برای کنار آمدن با درد خود، دست به واکنش‌های بی‌اثر و ناسالم می‌زنند، زیرا کار دیگری بلد نیستند. وقتی فردی دچار درد هیجانی می‌شود، پای تفکر منطقی و چاره‌اندیشی عاقلانه می‌لنگد. بدون شک افرادی که درگیر هیجانات آشفته‌ساز می‌شوند، راهبردهای مقابله‌ای زیادی به کار می‌برند، اما مشکل چنین راهبردهایی این است که اوضاع را بدتر از قبل می‌سازند (McKay, Wood & Brantley, 2012). تحمل پریشانی از منظر رویکرد سیستم‌ها قابل بررسی است. حساسیت بالای سیستم بازداری باعث می‌شود که افراد، راهبردهای ناسازگارانه و غیر مؤثر تنظیم هیجان را به کار گیرند. در کنار سیستم بازداری، سیستم جنگ-گریز و سیستم فعال‌ساز با دشواری در تنظیم هیجان، رابطه مستقیمی با تحمل پریشانی دارد. بین سیستم فعال‌ساز رفتاری و تحمل پریشانی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد؛ بدین صورت که هر چه میزان سیستم فعال‌ساز رفتاری افزایش یابد، تحمل پریشانی نیز افزایش خواهد یافت (Kakabarayi & Azami, 2016). در بررسی Skues, Williams, Oldmeadow and Wise (2016) معلوم شد که بین استفاده آسیب‌زا از اینترنت و تحمل پریشانی رابطه وجود دارد و دانشجویانی که از تحمل پریشانی پایینی برخوردار بودند بیشتر به صورت آسیب‌زا از اینترنت استفاده می‌کردند. نتایج مطالعات صورت گرفته توسط Sanghvi and Rai (2015) و Koo and Kwon (2014) نشان داد که بین تنظیم هیجانات و استفاده مفرط از تلفن همراه رابطه وجود دارد؛ به این صورت که با کاهش کنترل و تنظیم عواطف، استفاده از تلفن همراه افزایش می‌یابد.

یکی از روش‌های افزایش تحمل پریشانی، رفتار درمانی دیالکتیکی^۱ است. Marsha Linehan این روش درمانی را برای کمک به بیماران مرزی^۲ ابداع کرده است که به سطح دوم درمانی (درمان فشرده سرپایی همراه با تغییرات رفتاری) تعلق دارد (Bohus et al., 2004). نظریه زیرساز رفتار درمانی دیالکتیکی بیان می‌دارد که اختلال شخصیت مرزی نتیجه نوعی اختلال در تنظیم هیجانی است که از نقایص جدی در مهارت‌های بین فردی، تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی ریشه گرفته و بسیاری از مهارت‌های رفتار انطباقی در این اختلال، دچار بازداری شده است (Neacsiu, Rizvi & Linehan, 2010). بسیاری از پژوهش‌های انجام شده

1- dialectical behavior therapy

2- borderline

نشان داده‌اند که بیماران مرزی، مشکلاتی را در تنظیم هیجانی (Miller, Rathus & Linehan, 2007)، روابط بین فردی و تحمل پریشانی و رنج تجربه می‌کنند (Neacsiu et al., 2010). رفتار درمانی دیالکتیکی مبتنی بر سه رویکرد نظری علوم رفتاری، فلسفه دیالکتیکی و تمرین‌های ذهن‌آگاهی است. این رویکرد، چهار ویژگی ذهن‌آگاهی فراگیر^۱، تحمل پریشانی^۲، تنظیم هیجانی^۳ و تأثیرگذاری بین فردی^۴ را برای ایجاد تغییر در فرد پیشنهاد می‌کند (Miller et al., 2007). در تعدادی از پژوهش‌ها، یافته‌ها از اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تحمل پریشانی حکایت دارند که از آن جمله می‌توان به پژوهش (2007) Fischer و Buckner و (2007) Keough and Schmidt اشاره کرد. در یک مطالعه توسط (2018) Lee and Mason یافته‌های به دست آمده بیانگر این بود که رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی، بر افزایش تحمل پریشانی، تاب‌آوری و سلامت عمومی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه اثربخش بوده است. در پژوهش (2016) Nila, Holt, Ditzen and Aguilar-Raab یافته‌ها حاکی از این بود که مداخله کاهش فشار روانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۵ منجر به افزایش تحمل پریشانی می‌شود. نتایج یافته‌های (2008) Berking, Wupperman, Reichardt, Pejic and Znoj بیانگر این بود که مداخلات تنظیم هیجان می‌توانند تحمل پریشانی آزمودنی‌ها را افزایش دهند.

یکی دیگر از روش‌های درمان که ریشه در روان‌شناسی مثبت‌گرا دارد و از مقوله رضایت از زندگی و کیفیت زندگی حمایت و پشتیبانی می‌کند، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی^۶ است. با توجه به جنبه‌هایی که در این روش درمانی تأکید می‌شود، بهزیستی فردی از طریق قلمروهای ذهنی و عاطفی تقویت می‌شود (Agha Yusefi, Dahestani, Abaspour, 2015). مقصد نهایی این رویکرد یافتن مفاهیم و راه‌های ایجاد بهزیستی و شادی در انسان‌ها است. همچنین بررسی علمی تأثیر توانایی‌های فردی و نظام-های اجتماعی در افزایش سلامت روانی افراد از دیگر اهداف این رویکرد است. بنابراین، متغیرهایی که سازگاری هرچه بیشتر انسان را با عوامل و شرایط زندگی تبیین کنند، اساسی-

-
- 1- Zen
 - 2- core mindfulness
 - 3- distress tolerance
 - 4- emotion regulation
 - 5- interpersonal effectiveness
 - 6- Mindfulness-based stress reduction
 - 7- quality of life therapy

ترین سازه‌های مورد اشاره در این رویکرد خواهند بود (Carr, 2011). در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، سعی می‌شود تغییراتی در پنج حوزه یعنی، شرایط زندگی^۱، نگرش‌ها^۲ یا ادراک، استانداردهای تعریف‌شده برای خویش^۳، ارزش‌ها^۴ و رضایت عمومی از زندگی^۵ به دست آید (Frisch, 2006). با تغییرات ایجاد شده در این حوزه‌ها بر اساس الگوی کیفیت زندگی، درمان‌جویان افزایش رضایت‌مندی و شادکامی را تجربه می‌کنند. بنابراین، فاصله بین آنچه هست و آنچه می‌خواهد باشد کاهش می‌یابد و منجر به بهبود کیفیت زندگی فرد می‌شود (Frisch, 2013). درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، در تنظیم هیجان (Motahhari, Etemadi, Sin & Lyubomirsky, 2016) و کاهش افسردگی (Shafiabady & Qorbani Vanajemi, 2016) اثربخش بوده است. نتایج پژوهش (Kajbaf, Hoseini, Ghamarani and Razzian, 2009) نشان داد که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در کاهش تحمل پریشانی زنان مبتلا به سردرد تنشی، مؤثر بوده است.

با توجه به این که دانشجویان دختر در شرایطی هستند که هم درگیر مسائل تحصیلی و احتمالاً شغلی هستند و به لحاظ شرایط مرتبط با جنسیت از فشار روانی و موقعیت دشوارتری در مقایسه با سایر افراد برخوردار می‌باشند، و از همه مهم‌تر در آینده باید در نقش مادر و همسر به امور مرتبط با فرزندان و خانواده بپردازند، لذا در اولویت بررسی مسائل مربوط به اعتیاد به گوشی‌های هوشمند و تبعات منفی آن هستند. با این توضیحات، انجام پژوهش‌های جدی در این زمینه غیر قابل اجتناب است، زیرا هرگز نمی‌توان اثراتی را که اینترنت در رفتار و زندگی دختران ایجاد کرده است، نادیده گرفت. با توجه به کمبود پژوهش‌ها در حوزه گوشی‌های هوشمند، و بخصوص اثرات آن در زندگی و رفتار دختران، نیاز جدی به پژوهش در این زمینه احساس می‌گردد تا با در نظر گرفتن نیازها، زمینه‌ای برای برنامه‌ریزی صحیح برای کمک به این افراد فراهم گردد. اهداف پژوهش حاضر عبارتند از مقایسه اثربخشی آموزش فنون درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و رفتار درمانی دیالکتیکی بر تحمل پریشانی دانشجویان دختر دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند و مقایسه اثربخشی این دو روش در طول زمان.

-
- 1- circumstance
 - 2- attitude
 - 3- standards of fulfillment
 - 4- importance
 - 5- overall satisfaction

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نظر جمع‌آوری داده‌ها از نوع نیمه آزمایشی با روش پیش‌آزمون-پس‌آزمون، پیگیری با گروه گواه بود. از لحاظ هدف و فرضیه پژوهش نیز از جمله طرح‌های کاربردی محسوب می‌شود. جامعه آماری پژوهش، شامل تمامی دانشجویان دختر شاغل به تحصیل در رشته روان‌شناسی مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز در نیمسال دوم ۹۵-۹۶ بود. پس از تکمیل مقیاس اعتیاد به گوشی‌های هوشمند توسط دانشجویان، از بین افرادی که نمره مقیاس اعتیاد به گوشی‌های هوشمند آنها دو انحراف معیار بالاتر از میانگین و نمرات تحمل پریشانی آنان یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین بود، ۴۵ نفر به صورت هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (در هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- سن بین ۱۸ تا ۲۵ سال، ۲- داشتن رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش، ۳- عدم دریافت همزمان مداخله آموزشی یا درمانی دیگر. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارتند از: ۱- عدم شرکت در جلسات آموزشی در دو جلسه متوالی و سه جلسه متناوب، ۲- عدم همکاری در انجام تکالیف، و ۳- سابقه شرکت در دوره‌های آموزشی در ارتباط با درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و رفتار درمانی دیالکتیکی. لازم به ذکر است که نمرات به دست آمده در مرحله اول پژوهش، به عنوان نمرات پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. سپس آزمودنی‌های گروه اول، توسط محقق، به مدت ۸ جلسه دو ساعته تحت آموزش فنون درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و آزمودنی‌های گروه دوم نیز به همان میزان، تحت آموزش فنون رفتار درمانی دیالکتیکی قرار گرفتند. اما گروه گواه، هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. در آخرین جلسه آموزش فنون درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و رفتار درمانی دیالکتیکی، مجدداً پرسشنامه تحمل پریشانی در مورد هر سه گروه اجرا شد. این نمرات به عنوان نمرات پس‌آزمون مورد تحلیل قرار گرفت. در نهایت پس از سه ماه از اجرای پس‌آزمون، مجدداً مقیاس تحمل پریشانی، در مورد تمام آزمودنی‌ها اجرا شد تا اثرات آموزش فنون درمان کیفیت زندگی و رفتار درمانی دیالکتیکی، در طول زمان، مشخص شود. برای این‌که اعضای گروه گواه، بدون دریافت هیچ‌گونه آموزشی، فرآیند پژوهش را ترک نکنند، پس از اتمام پژوهش، فنون آموزش داده شده به دو گروه آزمایشی، در قالب یک بسته آموزشی به اعضای گروه گواه ارائه شد.

ابزارهای پژوهش

مقیاس اعتیاد به گوشی‌های هوشمند (SAS): این مقیاس توسط Kwon et al. (2013) تهیه شده و دارای ۳۳ ماده است. نمره‌گذاری آن به روش لیکرت شش‌درجه‌ای (کاملاً موافقم = ۶ تا کاملاً مخالفم = ۱) انجام می‌شود. نمره بالاتر در این مقیاس، نشان‌دهنده اعتیاد به گوشی‌های هوشمند است. این مقیاس شامل شش خرده‌مقیاس اختلال در زندگی روزمره، پیش‌بینی مثبت، عقب‌نشینی، استفاده بیش از حد، تحمل و ارتباط با جهت‌گیری مجازی می‌باشد. پس از ترجمه پرسشنامه، به منظور بررسی ماده‌ها، آزمون در اختیار پنج نفر متخصص روان‌شناسی قرار گرفت و روایی محتوایی آن مورد تأیید قرار گرفت. Kwon et al. (2013) پایایی همسانی درونی مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۷ به دست آوردند. در پژوهش حاضر، پایایی مقیاس با همین روش ۰/۹۴ به دست آمد.

مقیاس تحمل پریشانی (DTS): این مقیاس یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط Simons and Gaher (2005) تهیه شده است. این مقیاس دارای ۱۵ ماده است. ماده‌ها تحمل پریشانی را طبق توانایی‌های فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدامات تنظیم‌کننده برای تسکین پریشانی مورد سنجش قرار می‌دهند. مقیاس به روش لیکرت پنج‌درجه‌ای (کاملاً موافقم = ۱ تا کاملاً مخالفم = ۵) نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالا در مقیاس، بیانگر تحمل پریشانی بالا است. در بررسی Andamikhoshk (2013) آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد که نشان‌دهنده مطلوب بودن مقیاس است. پایایی همسانی درونی برای کل مقیاس توسط Alavi, Modarres Gharavi, Amin-Yazdi and Salehi Fadardi (2011) ۰/۷۱ به دست آمده است. در پژوهش حاضر پایایی مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

پس از جایگزینی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه، به گروه اول، فنون درمان مبتنی بر کیفیت زندگی^۱ و به گروه دوم فنون رفتار درمانی دیالکتیکی^۲، طبق جدول ذیل آموزش داده

۱- مهارت‌های این دوره از مقاله آموزش روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شادکامی همسران (پاداش و همکاران، ۱۳۹۰) برگرفته شده است.

۲- مهارت‌های این دوره از کتاب تکنیک‌های رفتار درمانی دیالکتیکی مک کی و همکاران ترجمه حمیدپور، جمعه پور و اندوز (۱۳۹۳) برگرفته شده است.

شد. لازم به ذکر است در پایان هر جلسه، تکالیف منزل به آزمودنی‌ها ارائه می‌شد و در شروع جلسه بعدی، فنون جلسه قبل مرور می‌شد.

Table 1.
Content of quality of life and dialectical behavior therapy training sessions

جلسات	درمان مبتنی بر کیفیت زندگی	رفتار درمانی دیالکتیکی
اول	تعیین ساختار جلسات، بیان قوانین و مقررات، اهداف و معرفی دوره آموزشی، گرفتن تعهد از شرکت‌کنندگان برای حضور در جلسات، معرفی و بحث پیرامون کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، سادی، اجرای پیش‌آزمون، بازخورد	تعیین ساختار جلسات، بیان قوانین و مقررات، اهداف و معرفی دوره آموزشی، گرفتن تعهد، توضیح در مورد تعریف دیالکتیک، اصول و روش‌های تفکر و رفتار به شیوه دیالکتیکی، آشنایی با هشیاری فراگیر و حالات ذهنی هیجانی، خردگرا و منطقی، ارائه تکالیف برای جلسه بعد
دوم	مروری بر بحث جلسه قبل، تعریف درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، معرفی ابعاد کیفیت زندگی، آشنا کردن اعضای گروه با درخت زندگی و کشف موارد مشکل‌آفرین اعضا، خلاصه بحث، ارائه بازخورد	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش فنون بنیادین تحمل آشفتگی از قبیل: روش‌های مختلف توجه برگردانی از رفتارهای خود آسیب‌رسان، توجه برگردانی از طریق فعالیت‌های لذت‌بخش، معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر، ترک موقعیت و ...، تدوین برنامه توجه برگردانی، خود آرامش بخشی، تدوین طرح آرمیدگی، ارایه تکالیف
سوم	مروری بر بحث جلسه قبل، معرفی پنج ریشه، شروع کردن با یکی از ابعاد، معرفی شرایط زندگی به عنوان استراتژی اول و کاربرد آن در ابعاد کیفیت زندگی	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش فنون پیشرفته تحمل آشفتگی: تصویرسازی از مکان امن، کشف ارزش‌ها، زندگی در زمان حال، پذیرش بنیادین، تدوین راهبردهای مقابله‌ای جدید، تدوین طرح مقابله‌ای برای شرایط ضروری، ارائه تکالیف برای جلسه بعد
چهارم	مرور جلسه قبل، بحث پیرامون پنج ریشه، معرفی نگرش به عنوان استراتژی دوم، کاربرد استراتژی دوم در ابعاد کیفیت زندگی	مرور تکالیف جلسه قبل، ارائه فنون بنیادین ذهن آگاهی: آشنایی با فنون، تمرین بی‌توجهی، اهمیت فنون ذهن آگاهی، ارائه تکالیف برای جلسه بعد
پنجم	مرور جلسه قبل، بحث پیرامون پنج ریشه، معرفی استانداردها، اولویت‌ها، تغییر رضایت به عنوان استراتژی سوم، چهارم و پنجم برای افزایش رضایت در زندگی، آموزش اصول کیفیت زندگی	مرور تکالیف جلسه قبل، ارائه فنون پیشرفته ذهن آگاهی: پذیرش بنیادین، ذهن آغازگر، قضاوت‌ها و برچسب‌ها، قضاوت نکردن، وارسی بدن، ارتباط آگاهانه با دیگران، برنامه روزانه ذهن آگاهی، آگاهی از موانع اجرای تمرینات، ارائه تکالیف برای جلسه بعد
ششم	مرور جلسه قبل، بحث پیرامون اصول مربوط به کیفیت زندگی، ارائه اصول و توضیح کاربرد این اصول برای افزایش رضایت	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش فنون بنیادین و پیشرفته تنظیم هیجان: هیجان‌ها و نحوه عمل آن‌ها، فنون تنظیم هیجانی، غلبه بر موانع هیجان‌های سالم، کاهش آسیب‌پذیری جسمی در برابر هیجان‌ها، افزایش هیجان‌های مثبت، رویارویی با هیجان، حل مسئله، ارائه تکالیف برای جلسه بعد
هفتم	مرور جلسه قبل، ادامه بحث درباره اصول، بحث درباره حیطه روابط و کاربرد اصول مهم در حیطه روابط	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش فنون بنیادین ارتباط مؤثر: رفتار منفعل - پرخاشگرانه، تناسب خواسته‌های من و آن‌ها، نسبت خواسته‌ها و بایدها، مهارت‌آموزی، فنون کلیدی بین فردی، موانع استفاده از فنون بین فردی، ارائه تکالیف برای جلسه بعد
هشتم	ارائه خلاصه‌ای از مطالب عنوان‌شده در جلسات قبل، جمع‌بندی و آموزش تعمیم پنج ریشه در شرایط مختلف زندگی و کاربرد اصول در ابعاد مختلف زندگی	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش فنون پیشرفته ارتباط مؤثر: شناسایی خواسته‌ها، تعدیل شدت خواسته‌ها، پیش‌نویس‌های جسارت‌مندی، گوش دادن جسارت‌مندانه، نه گفتن، چگونگی مذاکره، نحوه تحلیل مشکلات بین فردی، پایان جلسات

داده‌های مربوط به پژوهش، در دو بخش آمار توصیفی، شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی، شامل تحلیل کوواریانس تک متغیری، تحلیل واریانس یک‌راهه و آزمون مقایسه چندگانه L Matrix مورد بررسی قرار گرفت. در ضمن، تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS-19 انجام شد.

یافته‌ها

اطلاعات جدول ۲ میانگین، انحراف معیار و آزمون نرمال بودن کولموگروف-اسمیرنف گروه‌های آزمایش و گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه گروه مورد مطالعه در متغیر تحمل‌پریشانی را نشان می‌دهد.

Table 2.

Mean scores, standard deviation and Kolmogorov-Smirnov normality test in pre-test, post-test and follow-up of distress tolerance

	dialectical behavior therapy				quality of life therapy				control			
	Mean	SD	z	sig	Mean	SD	z	sig	Mean	SD	z	sig
pre-test	27.86	3.79	1.17	0.126	28.06	3.59	0.578	0.891	28.06	2.60	0.49	0.972
post-test	33.01	2.80	0.61	0.854	29.26	4.18	0.555	0.918	27.80	2.81	0.58	0.888
follow-up	33.60	2.74	1.00	0.268	28.80	3.38	0.482	0.974	28.33	2.89	0.53	0.938

همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد، به منظور بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس (نرمال بودن توزیع نمره‌های) از آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده شد که این پیش-فرض‌ها با مقادیر $(p > 0.05)$ مورد تأیید قرار گرفت. با توجه به مقدار معنی‌داری و عدم رد فرضیه صفر، توزیع نمرات تحمل‌پریشانی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، نرمال می‌باشد. بنابراین، می‌توان از آماره پارامتریک و سایر آزمون‌ها برای بررسی فرضیه‌ها استفاده نمود. بررسی همگنی شیب رگرسیون نیز نشان داد که مفروضه همگنی شیب رگرسیون برقرار می‌باشد $(F_{(3,41)} = 3/188, p > 0.05)$. بنابراین، بین متغیر وابسته (پس‌آزمون) و متغیر کووریت (پیش‌آزمون) در درون گروه‌ها رابطه خطی وجود ندارد. در ضمن با توجه به نتایج آزمون لوین و معنی‌دار نبودن مقدار آماره $(F_{(2,42)} = 2/047, p > 0.142)$ ؛ برابری واریانس‌های متغیر وابسته برقرار بوده و اجرای آزمون آنکوا امکان‌پذیر است. پس از بررسی مفروضه‌های آزمون تحلیل

کوواریانس، به بررسی تأثیر مداخله‌های آموزشی پرداخته شد که نتایج به شرح ذیل است.

Table 3.
Testing the effectiveness of quality of life therapy training and dialectical behavior therapy on distress toleranc

	Sum of squares	df	Mean squares	F	Sig.	Partial Eta square
pre-test	289.64	1	289.64	67.59	0.001	0.62
group	229.62	2	114.81	28.79	0.001	0.89
error	175.69	41	4.28			

همان‌گونه که اطلاعات جدول ۳ نشان می‌دهد، مقدار F که تأثیر پیش‌آزمون را نشان می‌دهد (۶۷/۵۹) در سطح ۹۹ درصد، معنی‌دار است ($p < 0/001$). بنابراین، می‌توان گفت که همبستگی متغیر پیش‌آزمون و پس‌آزمون رعایت شده است. معنی‌دار بودن مقدار F پیش‌آزمون نشان می‌دهد که تحلیل کوواریانس صحیح است و متغیر پیش‌آزمون انتخاب شده بر مدل پیشنهادی تأثیر دارد. خروجی اصلی تحلیل کوواریانس در سطر گروه نشان می‌دهد که مقدار F تأثیر متغیر مستقل (۲۸/۷۹) معنی‌دار است ($p < 0/001$)، یعنی پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمرات گروه آزمایش و گروه گواه در پس‌آزمون وجود دارد. بنابراین، می‌توان اظهار داشت که اختلاف میانگین دو گروه در پس‌آزمون و پس از حذف اثر پیش‌آزمون، معنی‌دار است. همچنین مقدار مجذور ای‌تا نشان‌دهنده این است که نزدیک به ۸۹ درصد تغییرات نمرات گروه‌ها در تحمل پریشانی (تفاوت گروه‌ها در پس‌آزمون) ناشی از اجرای متغیر مستقل (آموزش فنون درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و رفتار درمانی دیالکتیکی) است. پس می‌توان نتیجه گرفت که آموزش فنون درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و رفتار درمانی دیالکتیکی موجب افزایش تحمل پریشانی دانشجویان دختر دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند می‌شود. برای بررسی دقیق تفاوت میانگین‌ها، نتایج آزمون مقایسه چندگانه L Matrix گزارش می‌شود.

Table 4.
Investigating the difference between the effect of quality of life therapy training in comparison with dialectical behavior therapy on distress tolerance

Groups	Mean difference	Standard error	F	Sig.
QOLT-CON	-1.467	0.756	3.67	0.059
DBT-CON	5.356	0.756	35.44	0.001
QOLT-DBT	-3.889	0.756	21.59	0.001

با توجه به نتایج جدول ۴، اثر مداخله آموزش فنون درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر تحمل پریشانی با $F=۳/۶۷$ مؤثر نبوده است ($p>۰/۰۱$). ولی اثر رفتار درمانی دیالکتیکی بر تحمل پریشانی دانشجویان دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند، با $F=۳۵/۴۴$ مؤثر بوده است و در سطح ۹۹ درصد معنادار است ($p<۰/۰۱$). مقایسه‌های چندگانه نشان می‌دهند که میانگین گروه رفتار درمانی دیالکتیکی نسبت به میانگین گروه درمان کیفیت زندگی ($۳/۸۸۹$) واحد بیشتر شده است و تفاوت مشاهده شده در سطح ۹۹ درصد معنی‌دار است ($p<۰/۰۰۱$). همچنین میانگین گروه رفتار درمانی دیالکتیکی نسبت به میانگین گروه گواه ($۵/۳۵۶$) واحد افزایش یافته است. این تفاوت مشاهده شده نیز در سطح ۹۹ درصد معنی‌دار است ($p<۰/۰۰۱$). اما بین گروه درمان کیفیت زندگی با گروه گواه ($۱/۴۶۷$) واحد تفاوت دیده می‌شود. اما تفاوت مشاهده شده معنادار نیست ($p=۰/۰۵۹$). بنابراین ملاحظه می‌شود که میانگین تحمل پریشانی در گروه رفتار درمانی دیالکتیکی هم در مقایسه با گروه گواه و هم در مقایسه با میانگین گروه درمان کیفیت زندگی، افزایش معنی‌داری یافته است. پس می‌توان اظهار داشت که رفتار درمانی دیالکتیکی در مقایسه با درمان مبتنی بر کیفیت زندگی منجر به افزایش تحمل پریشانی دانشجویان دختر دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند شده است. برای بررسی فرضیه دوم پژوهش، نمرات افتراقی پیش‌آزمون و پیگیری محاسبه شده و با روش تحلیل واریانس یک‌راهه مورد آزمون قرار گرفت.

Table 5.

One-way analysis of variance to evaluate the effectiveness of two therapies on increasing distress tolerance over time

	Type III sum of squares	df	Mean squares	F	Sig.
test	162.711	2	81.356	19.429	0.001
group	175.867	42	4.187		
error	338.578	44			

خلاصه تحلیل واریانس نشان می‌دهد که متغیر بین گروهی گروه، از نظر آماری معنی‌داری است ($p<۰/۰۱$ و $F(۲,۴۲)=۱۹/۴۲۹$). این نتایج نشان‌دهنده معنی‌داری تفاوت بین سه گروه است. مقایسه‌های چندگانه پسین شفه نشان می‌دهند که بین گروه رفتار درمانی دیالکتیکی با گروه درمان کیفیت زندگی و گروه گواه در دو سطح پیش‌آزمون و مطالعه پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<۰/۰۱$). با توجه به میانگین‌های مشاهده شده در جدول ۱، می‌توان اظهار داشت که آموزش فنون رفتار درمانی دیالکتیکی بر افزایش تحمل پریشانی در طول زمان پایدار است.

Table 6.
Multiple comparisons

		Mean difference	Standard error	Sig.
DBT	QOLT	4.066*	0.747	0.001
	CON	4.001*	0.747	0.001
QOLT	DBT	-4.066*	0.747	0.001
	CON	-0.066	0.747	0.996
CON	DBT	-4.001*	0.747	0.001
	QOLT	-0.066	0.747	0.996

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به تغییرات روز افزون در حوزه اجتماعی و مشکلات روزمره‌ای که افراد در هر جامعه‌ای با آن‌ها رو به رو هستند، آماده نمودن آن‌ها برای مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا موضوعی مهم به نظر می‌رسد. یافته‌های به دست آمده نشان داد که آموزش فنون رفتار درمانی دیالکتیکی در مقایسه با آموزش فنون درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، بر افزایش تحمل پریشانی دانشجویان دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند مؤثرتر بود. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های Lee and Mason (2018); Nila et al. (2016); Berking et al. (2008); Fischer (2007); Buckner et al. (2007) همسو و با یافته پژوهش Kajbaf et al. (2017) ناهمسو است.

در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت افرادی که تحمل پریشانی پایین دارند، نمی‌توانند به راحتی با اضطراب ناشی از فشارها سازگار شوند و به احتمال فراوان آن‌ها از هیجانات منفی برای مواجهه با رویدادها و موقعیت‌های دشوار بهره می‌برند. با در نظر داشتن نظریه اریکسون که اعتقاد دارد دوره جوانی مرحله‌ای از زندگی است که فرد به دنبال صمیمیت، ازدواج و یافتن شغل مناسب و همراستا با هویت خویش است، لذا دانشجویان به دلیل شرایط حساسی که از لحاظ زمانی در آن قرار دارند، فشار روانی بیشتری را تجربه می‌کنند و در نتیجه، هیجانات منفی مانند غم، افسردگی و اضطراب، در آن‌ها می‌تواند بیشتر باشد. محتمل به نظر می‌رسد که دانشجویان برای کاستن از فشارهای تجربه شده، راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار مثل استفاده بیش از حد از گوشی هوشمند اتخاذ نمایند و از رو در رویی با هیجانات منفی ناشی از فشارهای روانی مختص دوره زندگی خود اجتناب نمایند. اجتناب از رویدادهای زندگی، نه تنها مشکل آن‌ها را حل نمی‌کند بلکه باعث کاهش توجه و تمرکز آن‌ها در حیطه تحصیلی شده و در نهایت می‌تواند منجر به کاهش عملکرد تحصیلی آنان شود.

بنابراین می‌توان گفت دانشجویانی که به صورت اجتنابی و به شکل استفاده از راهبردهای هیجان‌مدار مقابله با فشار روانی- اعتیاد به گوشی‌های هوشمند- با شرایط فشارزا روبه‌رو می‌شوند، از تحمل پریشانی پایینی برخوردارند. به عبارت دیگر، به احتمال زیاد، تحمل پریشانی پایین، منجر به کاهش عزت‌نفس و کاهش عملکرد تحصیلی دانشجویان می‌شود و آن‌ها به دلیل احساس ناتوانی در مواجهه مؤثر با رویدادهای فشارزا و به جای استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار، از راهبردهای هیجان‌مدار و با اثربخشی کمتر، برای مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا استفاده می‌کنند. لذا رفتار درمانی دیالکتیکی با به کارگیری عناصری از درمان اختصاصی خود، مانند حمایت محوری، تأکید بر شناخت و همکاری و نیز، مهارت‌های افزایش تحمل پریشانی، به افراد کمک می‌کند تا با شرایط فشارزا و رویدادهای ناگوار زندگی، مقابله مؤثر داشته باشند.

Zvolensky et al. (2011) بیان می‌کنند که تحمل پریشانی مطلوب، باعث می‌شود که فرد درباره حالات درونی خویش، یعنی احساس‌ها و هیجان‌ها آگاهی‌های هشیارانه داشته باشد. در ضمن در برابر یک موقعیت رنج‌آور با اتخاذ یک راهبرد اجتنابی و یا به صورت عادت‌ناپذیر گرفتن نشانه‌های هشداردهنده به صورت خودکار واکنش نشان ندهد. پس می‌توان اظهار داشت که عدم تحمل پریشانی و تحمل زیاد در برابر موقعیت‌های تنش‌زا، بدون آگاهی و هشیاری روی می‌دهند. بنابراین، فنون ذهن‌آگاهی با ایجاد هشیاری نسبت به رویدادها به صورت غیر ارزشیابانه و قدرت نظارت بر وقایع تنش‌زا و آزاردهنده، بدون قضاوت در مورد آن‌ها، می‌تواند منجر به افزایش تحمل پریشانی در افراد گردد. در این مهارت سعی می‌شود تا افراد با یادگیری یک سری فنون، بدون این که کوششی برای ایجاد هر نوع تغییر در شرایط فعلی داشته باشند، فقط تجربه‌های هیجانی خود را مشاهده نموده و آن‌ها را بپذیرند. به نظر می‌رسد این شیوه مواجهه با هیجانات منفی، منجر به کاهش رفتارهای تکانشی در برابر رویدادهای فشارزا می‌شود. به همین منظور، با استفاده از فنون ذهن‌آگاهی، فرد ترغیب می‌شود تا تجارب هیجانی خویش را در قالب رویدادهای موقتی و گذرا درک کند و در برابر آن‌ها، رفتارها و واکنش‌های نامناسب و ناسازگارانه بروز ندهد.

با استمرار تمرین این فنون، فرد یاد می‌گیرد که در زمان حال و اکنون زندگی کند و در نتیجه افکاری که ذهن فرد را به گذشته یا آینده منتقل می‌کردند، اهمیت خود را از دست

می‌دهند و شخص به آرامش می‌رسد. وقتی که شخص به گذشته و آینده رجوع می‌کند به راحتی فراموش می‌کند که در زمان حال زندگی می‌کند و این تفکراتش است که شخص را با خود به آینده یا گذشته می‌برد و او را در این افکار غرق می‌کند که در اغلب موارد ناخوشایند است. همچنین آموزش فنون تنظیم هیجان، باعث می‌شود تا افراد ضمن مواجهه با هیجانات منفی، آن‌ها را بپذیرند و از تلاش برای فرار یا اجتناب سریع از تجربه هیجانات منفی دست بردارند. با آموزش این فنون فرد یاد می‌گیرد که اگرچه توانایی تغییر شرایط زندگی در هر شرایطی امکانپذیر نیست، اما قادر است تا واکنش‌های هیجانی خود را در رویارویی با موقعیت‌های فشارزا تغییر دهد. بنابراین، روبه‌رو شدن با این هیجانات، به افراد می‌آموزد که آن‌ها قابل تحمل هستند و آنان می‌توانند در برابر هیجانات منفی، مقابله مؤثر داشته باشند. در ضمن، این فنون فرد را قادر می‌سازد تا نگرش خود را در مواجهه با رویدادهای نامطلوب تغییر دهد و در نتیجه، هیجانات منفی را با شدت پایین‌تری تجربه کند و یا واکنش‌های هیجانی منفی خود را کنترل کند و از این تجربه‌های موفقیت‌آمیز، احساس شایستگی و بسندگی نموده و در نهایت فشار روانی و هیجانات منفی کمتری را تجربه نماید.

به نظر می‌رسد دسته دیگری از مهارت‌ها که قادر هستند بر تحمل پریشانی افراد تأثیر مفید داشته باشند، توجه برگردانی است. از جمله فنون توجه برگردانی می‌توان به توجه برگردانی از طریق انجام فعالیت‌های لذت‌بخش، توجه برگردانی از راه معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر، توجه برگردانی از افکار و توجه برگردانی با روش ترک موقعیت اشاره کرد. این فنون مهارت روی‌گردانی از موقعیت‌ها و شرایط تنش‌زا و رنج‌آور را به فرد یاد می‌دهند. همچنین تمرین‌های وارسی بدن به عمیق‌تر شدن این تجربه و کاهش پریشانی در سطح ذهن کمک شایانی می‌کنند. این مهارت فرد را متوجه می‌سازد که وقتی توانایی تغییر شرایط را ندارد، آن را بپذیرد، تحمل کند، تلاشی برای انجام اعمال اجتنابی انجام ندهد و بی‌نظمی رفتاری را از خود دور سازد.

در تبیین یافته دوم پژوهش حاضر، مبنی بر اینکه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در دوره پیگیری پایدار بوده است، می‌توان گفت که رفتار درمانی دیالکتیکی چون حاوی تمرینات و فنونی است که بر ذهن‌آگاهی و هشیاری، نظارت بر رویدادها بدون قضاوت و ارزشیابی

(ناهمجوشی فکر) تأکید می‌کند، لذا در فرد آرامشی عمیق ایجاد می‌نماید که راهی بسیار عالی برای تحمل بیشترِ پریشانی است. با توجه به این که تمرینات ذهن‌آگاهی، اساس رفتار درمانی دیالکتیکی را تشکیل می‌دهد، لذا می‌توان دلایل ماندگاری اثرات آموزش فنون رفتار درمانی دیالکتیکی را بر اساس حیطه‌ی ذهن‌آگاهی تبیین نمود.

پژوهش‌ها بیانگر آن است که ذهن‌آگاهی به صورت عصبی-زیستی می‌تواند بر افراد تأثیرگذار باشد. مطالعات انجام‌گرفته با روش‌های مختلف، از جمله تصویربرداری با تشدید مغناطیسی^۱، مقطع‌نگاری رایانه‌ای تک فوتونی^۲ و ثبت فعالیت الکترونیکی مغز^۳ تأیید می‌کنند که تمرین‌های ذهن‌آگاهی، می‌توانند در ساختار عملکرد مغز تغییر ایجاد نمایند. این تمرین‌ها روش بسیار خوبی برای تحریک مثبت تغییرات شکل‌پذیری عصبی در مغز است. شکل‌پذیری عصبی، یعنی توانایی مغز برای تغییر خودش (Burdick, 2018). در یک پژوهش توسط Newberg, Wintering, Waldman, Amen, Khalsa, and Alavi (2010) مقطع‌نگاری رایانه‌ای نشر فوتونی^۴ مشخص شد که بین افرادی که به صورت منظم تمرینات ذهن‌آگاهی را انجام می‌دهند و افرادی که این تمرین‌ها را انجام نمی‌دهند از بُعد جریان خون مغز در قشر پیش‌پیشانی، آهیانه‌ای و تالاموس تفاوت وجود دارد و جریان خون در این بخش‌ها در افرادی که ذهن‌آگاهی انجام می‌دهند، بیشتر است. تمرین‌های منظم ذهن‌آگاهی به اندازه تمرین‌های کم در بین تازه‌کارها، آن دسته از قسمت‌های مغز را که در توجه، تمرکز، هیجان‌ات و عواطف نقش دارند، تحت تأثیر قرار می‌دهد (Lutz, Slagter, Dunne, & Davidson, 2008). همچنین این تمرین‌ها، می‌توانند ساختار اینسولا^۵ و به ویژه سمت راست بخش قدامی آن را تغییر دهند. بخش عظیمی از ماده خاکستری سمت راست اینسولای قدامی با افزایش دقت در احساس‌های بدنی انتزاعی، تجارب عاطفی منفی و نیز توجه مستمر، مرتبط است. پژوهش‌ها بیانگر تأثیر ذهن‌آگاهی در بهبود خودتنظیمی، خلق، بهزیستی، عزت‌نفس، تمرکز، خواب، سلامت، اعتیاد، حافظه و بسیاری از موضوعات دیگر هستند (Baer et al., 2008). رشد ذهن‌آگاهی افراد را

-
- 1- Magnetic Resonance Imaging (MRI)
 - 2- Single-Photon Emission Computed Tomography (SPECT)
 - 3- electroencephalogram (EEG)
 - 4- single-photon emission computed tomography
 - 5- insula

قادر می‌سازد تا پاسخ‌های عاداتی و خودبه‌خودی به تجربیات تنیدگی‌زا را کاهش دهند (Bagian Kulehmarzi, Karami, Momeni, & Elahi, 2019). با این توضیحات کاملاً مشخص می‌شود که فنون ذهن‌آگاهی به دلیل این‌که در ساختار مغز و در نتیجه عملکرد آن تغییر ایجاد می‌کنند، در طولانی‌مدت نیز می‌توانند تداوم داشته باشند.

همچنین به نظر می‌رسد مهارت‌های تنظیم هیجانی، چون به افراد یاد می‌دهند تا احساس‌های خود را دقیق‌تر شناسایی کنند و بدون این‌که با هیجان‌های پریشان‌ساز کلنجار بروند، صرفاً به مشاهده آن‌ها بپردازند، می‌توانند رفتارهای مشکل‌زا را کاهش دهند و روز به روز بهبود شرایط برای فرد تقویت‌کننده شده و اثرات فنون در طولانی‌مدت ماندگار می‌شود. گام‌های اصلی مهارت تحمل‌پریشانی در سرواژه ACCEPTS خلاصه شده است: فعالیت‌ها، مشارکت^۱، مقایسه^۲، هیجان‌ها^۳، فرونشانی^۴، افکار^۵، و حس‌ها^۶. در واقع، این تکنیک به درمانجو کمک می‌کند تا با انجام برخی از فعالیت‌ها (مثل تلفن زدن به یک دوست صمیمی یا حتی مرتب کردن اتاق)، مشارکت در برخی از کارها (مثل کمک کردن به دیگری، غافلگیر کردن یک دوست از طریق خرید هدیه)، مقایسه خود با کسانی که وضعیت بدتری دارند یا ایجاد تعمدی هیجان‌های مثبت (مثل دیدن فیلم)، فرونشانی موقتی شرایط دردناک (مثل کشیدن یک دیوار خیالی بین خود و مشکلات)، جایگزین کردن افکار، و تقویت سایر حس‌ها (مثل فشردن قطعه‌های یخ یا شنیدن موسیقی با صدای بلند) حواس‌برگردانی کرده و قدرت تحمل‌پریشانی و رنج و اندوه را در خود بالا ببرد (Linehan, 2014).

در انتها از آنجاکه داده‌های پژوهش حاضر، با روش پرسشنامه به دست آمده است، بنابراین، محدودیت‌های مربوط به این روش جمع‌آوری اطلاعات را باید لحاظ کرد. همچنین با توجه به اینکه آزمودنی‌های پژوهش حاضر دختران دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند را شامل می‌شد، لذا در تعمیم نتایج به سایر افراد باید با احتیاط عمل نمود. با عنایت به این

-
- 1- activities
 - 2- collectivity
 - 3- comparison
 - 4- emotions
 - 5- pacify
 - 6- thoughts
 - 7- senses

موضوع که اعتیاد به گوشی‌های هوشمند در بین قشر نوجوان و جوان در حال فزونی است و در حال حاضر نیز روش‌های کارآمد برای کنترل عوارض این نوع اعتیاد ارائه نشده است، از این رو به نظر می‌رسد می‌توان از بسته‌های آموزشی رفتار درمانی دیالکتیکی برای کاهش اثرات منفی اعتیاد به گوشی‌های هوشمند، استفاده عملی نمود. با توجه به این‌که پژوهش حاضر در مورد دختران انجام شده است، لذا پیشنهاد می‌شود از آزمودنی‌های پسر در پژوهش‌ها استفاده شود و نتایج دو گروه با هم مقایسه گردد. در ضمن، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های دیگری به جز پرسشنامه، مانند مصاحبه استفاده شود. به مسئولین ذیربط پیشنهاد می‌شود ضمن شناسایی دانشجویانی که در حیطه‌های روان‌شناختی، به ویژه اعتیاد به گوشی‌های هوشمند، دچار مشکل هستند، شرایطی فراهم آورند تا تحت آموزش فنون رفتار درمانی دیالکتیکی قرار بگیرند. در این صورت تحمل پریشانی آنان افزایش یافته و موجبات پیشرفت تحصیلی و سلامت روان آنان فراهم می‌گردد.

سهم مشارکت نویسندگان: سعید نجارپور استادی، طراحی چارچوب کلی، تدوین محتوا و تحلیل مطالب، ارسال و اصلاحات مقاله؛ دکتر بهمن اکبری، همکاری در طراحی چارچوب کلی، انتخاب رویکردها، بررسی نهایی و نویسنده مسئول؛ دکتر جواد خلعتبری و دکتر جلیل باباپور خیرالدین، مقایسه رویکردها و نتیجه‌گیری؛ همه نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مورد بررسی قرار داده و تأیید نموده‌اند.

سپاسگزاری: نویسندگان مراتب تشکر خود را از همه کسانی که با نقد و مشورت در تکمیل این پژوهش مؤثر بوده‌اند اعلام می‌دارند.

تضاد منافع: نویسندگان اذعان می‌کنند که در این مقاله هیچ نوع تعارض منافی وجود ندارد. این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دکتری، با راهنمایی دکتر بهمن اکبری و مشاورت دکتر جواد خلعتبری و دکتر جلیل باباپور خیرالدین است.

منابع مالی: این مقاله از حمایت مالی برخوردار نبوده است.

References

- Agha Yusefi, A., Dahestani, M., Abaspour, P., Bakhtiari, M., & Vafaei, S. (2015). Evaluation of the effectiveness of quality of life therapy (QOLT) on individual well-being and happiness of infertile women. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(6), 87-91. [Persian]
- Alavi, K., Modarrese Gharavi, M., Amin-Yazdi, S. A. & Salehi-Fadardi, J. (2011). Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 2(50), 124-135. [Persian]
- Andami-khoshk, A. (2013). *The mediating role of resilience in the relationship between metacognitive emotion regulation and distress and life satisfaction*. Master's degree, Allameh Tabataba'i University. [Persian]
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., & Williams, J. M. (2008). Construct validity of the five fact mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329-42.
- Bagian Kulehmarzi, M. J., Karami, J., Momeni, K., & Elahi, A. (2019). The effect of integration of dialectical behavior therapy based on compassionate mind on reduction of cognitive reactivity and motivation for suicide attempts in attempted suicide. *Journal of Psychological Achievements*, 26(2), 22, 1-26. [Persian]
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A. & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behav Res Ther*, 46(11), 1230-7.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., & Unckel, C. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioural therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research & Therapy*, 42(3), 487-999.
- Buckner, D., Keough, M. E., & Schmidt, N. B. (2007). Problematic alcohol and cannabis use among young adults: The role of depression and discomfort and distress tolerance. *Addict Behav*, 32, 1957-63.
- Burdick, D. (2018). *Mindfulness: Skills workbook for clinicians & clients*. Tehran: Arasbaran. [Persian]
- Carr, A. (2011). *Positive psychology: The science of happiness and human strengths* (2nd Ed.). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Chun, J. (2018). Conceptualizing effective interventions for smartphone addiction among Korean female adolescents. *Children and Youth Services Review*, 84, 35-39.
- Fischer, J. R. (2007). *Treatment of co-morbid methamphetamine substance abuse and borderline personality disorder features using modified*

- dialectical behavior therapy*. Ph.D. Dissertation. USA: Western Michigan University, College of psychology.
- Frisch, M. B. (2013). Evidence-based well-being/positive psychology assessment and intervention with quality of life therapy and coaching and the Quality of Life Inventory (QOLI). *Social Indicators Research*, 114(2), 193–227.
- Frisch M. B. (2006). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Hasani, J., & Shahmoradifar, T. (2016). Effectiveness of process emotion regulation strategy training in difficulties in emotion regulation. *J Mil Med*, 18(1), 339-346. [Persian]
- Kajbaf, M. B., Hoseini, F., Ghamarani, A., & Razazian, N. (2017). Comparison of effectiveness of quality of life therapy and treatment based on Islamic spirituality on distress tolerance, stress, anxiety, and depression in women with tension headaches. *Journal of Clinical Psychology*, 1(33), 21-38. [Persian]
- Kaiser, A. J., Milich, R., Lynam, D. R., & Charnigo, R. J. (2012). Negative urgency, distress tolerance, and substance abuse among college students. *Addictive Behaviors*, 37(10), 1075-1083.
- Kakabarayi, K., & Azami, E. (2016). The distress tolerance prediction model based on brain behavioral systems and poor emotional regulation. *Nasime Tandorosti*, 1(17), 1-9.
- Kee I. K., Byun J. S., Jung J. K., & Choi J. K. (2016). The presence of altered craniocervical posture and mobility in smartphone-addicted teenagers with temporomandibular disorders. *Journal of Physical Therapy Science*, 28(2), 339–346.
- Koo, H. J., & Kwon, J. H. (2014). Risk and protective factors of Internet addiction: A meta-analysis of empirical studies in Korea. *Yonsei Medical Journal*, 55(6), 1691-1711.
- Kwon, M., Kim, D.J., Cho, H., Yang, S. (2013). The smartphone addiction scale: Development and validation of a short version for adolescents. *Plosone*, 8(12), 1-7.
- Kwon, M., Lee, J.-Y., Won, W.-Y., Park, J.-W., Min, J.-A., Hahn, C., Gu, X., Choi, J.-H., & Kim, D.-J. (2013). Development and validation of a smartphone addiction scale (SAS). *PloS one*, 8, e56936.
- Lee, S., & Mason, M. (2018). Effectiveness of brief DBT-informed group therapy on psychological resilience: A preliminary naturalistic study. *Journal of College Student Psychotherapy*, 33(1), 25-37.
- Lee, H., Ahn, H., Choi, S., & Choi, W. (2014). The SAMS: Smartphone addiction management system and verification. *Journal of Medical Systems*, 38(1), 1-10.
- Lee, Y. K., Chang, C. T., Lin, Y., & Cheng, Z. H. (2014). The dark side of smartphone usage: Psychological traits, compulsive behavior and

- technostress. *Computers in Human Behavior*, 31, 373-383.
- Linehan, M. M. (2014). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Tehran: Arjomand. [Persian]
- Lin, M. B., & Huang, Y. P. (2017). The impact of walking while using a smartphone on pedestrians' awareness of roadside events. *Accident Analysis & Prevention*, 101, 87-96.
- Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends Cogn Sci*, 12(4), 163-169.
- McKay, M., Wood, J., & Brantley, J. (2012). *The dialectical behavior therapy*. Tehran: Arjomand. [Persian]
- Miller, A. M., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescent*. New York: Guilford.
- Morovati, Z., & Yadgari, R. (2019). Comparison of loneliness and coping self-efficacy in cell phone addicted and normal female college students. *Journal of Psychological Achievements*, 26(2), 243-262. [Persian]
- Motahhari, S., Etemadi, A., Shafiabady, A., & Qorbani Vanajemi, M. (2016). The effectiveness of psychotherapy based on quality of life improvement on emotion regulation and relapse prevention in addicts. *Practice in Clinical Psychology*, 4(1), 25-32. [Persian]
- Neacsiu, A., Rizvi, S., & Linehan, M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 832-839.
- Newberg, A. B., Wintering, N., Waldman, M. R., Amen, D., Khalsa, D. S., & Alavi, A. (2010). Cerebral blood flow differences between long-term meditators and non-meditators. *Conscious Cogn*, 19(4), 899-905.
- Nila, K., Holt, D. V., Ditzen, B., & Aguilar-Raab, C. (2016). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) enhances distress tolerance and resilience through changes in mindfulness. *Ment Health Prev*, 4(1), 36-41.
- Samaha, M., & Hawi, N. (2016). Relationships among smartphone addiction, stress, academic performance, and satisfaction with life. *Computers in Human Behavior*, 57, 321-325.
- Sanghvi, H., & Rai, U. (2015). Internet addiction and its relationship with emotional intelligence and perceived stress experienced by young adults. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(1), 64-76.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 20(9), 83-102.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *J Clin Psychol*, 65(5), 467-87.
- Skues, J., Williams, B., Oldmeadow, J., & Wise, L. (2016). The effects of

boredom, loneliness, and distress tolerance on problem internet use among university students. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(2), 167-180.

Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Bernstein, A., & Leyro, T. (2010). Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 19(6), 406-410.

Zvolensky, M. J., Bernstein, A., & Vujanovic, A. A. (2011). *Distress tolerance: Theory, research, and clinical application*. New York: Guilford Press.

